ZGŁOSZENIE DANYCH O CZŁONKACH RODZINY
DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

|  |
| --- |
| ZGŁOSZENIE NALEŻY WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI |

Imię i nazwisko pracownika ………………………………………………………………………………………...

Adres zamieszkania …………………………………………………………………………………………………

NIP: ……………………………………...….………… PESEL………………………..…..………………………

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **RODZAJ INFORMACJI** | **DANE O CZŁONKU RODZINY** | **DANE O CZŁONKU RODZINY** |
| PESEL |  |  |
| NIP |  |  |
| RODZAJ DOMUMENTU | dowód osobisty lub paszport | dowód osobisty lub paszport |
| SERIA I NR DOKUMENTU |  |  |
| NAZWISKO |  |  |
| PIERWSZE IMIĘ  |  |  |
| DATA URODZENIA (dd–mm-rrrr) |  |  |
| STOPIEŃ POKRESWIEŃSTWA |  |  |
| CZY POZOSTAJE NA WYŁĄCZNYM UTRZYMANIU OSOBY UBEZPIECZONEJ? |  |  |
| CZY POZOSTAJE WE WSPÓLNYM GOSPODARSTWIE DOMOWYM Z OSOBĄ UBEZPIECZONĄ? |  |  |
| RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI |  |  |
| **ADRES ZAMIESZKANIA CZŁONKA RODZINY** |
| KOD POCZTOWY - MIEJSCOWOŚCI |  |  |
| GMINA |  |  |
| ULICA NR DOMU – NR LOKALU |  |  |
| NR TELEFONU |  |  |

………………..……………..……………..….

podpis pracownika